

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

1446

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Roger BALLADE

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 23 Mars 1914, à Paris

Les disjonctions obstétricales de la symphyse pubienne Etude clinique et thérapeutique

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Roger BALLADE

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 23 Mars 1914, à Paris

**Les disjonctions obstétricales
de la symphyse pubienne
Etude clinique et thérapeutique**

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

»	ROUVIERE.
Clinique gynécologique	Léon BINET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	STROHL.
Clinique thérapeutique médicale	POLONOVSKI.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Robert DEBRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BRUMPT.
Clinique propédeutique	BAUDOUIN.
Clinique de la Tuberculose	ABRAMI.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MONDOR.
Clinique de cardiologie	LEROUX.
Clinique de neuro-chirurgie	CHAMPY.
Assistance médico-sociale	TIFFENEAU.
Professeurs sans chaire	HARVIER.
»	TANON.
»	BALTHAZARD.
»	LAIGNEL-LAVASTINE.
»	FIESSINGER.
»	CHIRAY
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CLERC.
Pathologie expérimentale et comparée	Marcel LABBE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LEREBoullet.
Clinique médicale	NOBECOURT.
»	H. CLAUDE.
»	GOUGEROT.
»	GUILLAIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEMIERRE.
Clinique des maladies des enfants	CUNEO.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOSSET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GREGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses	TERRIEN.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique ophtalmologique	MOCQUOT.
Clinique urologique	OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements	RATHERY.
»	LEMAITRE.
Anatomie	Pierre DUVAL.
Physiologie	Maurice VILLARET.
Physique médicale	TROISIÈRE
Chimie médicale	MATHIEU.
Bactériologie	LAUBRY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Clovis VINCENT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	HAZARD
Pathologie chirurgicale	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique	MULON.
Histologie	OLIVIER.
Pharmacologie et matière médicale	SANNIE
Thérapeutique	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMBLINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON ...	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	M. J. LEVY.....	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS ..	Anat. pathologique.
DE GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHT	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic.
BESQUET	Pharmacologie.	LE LORIER.....	Obstétrique.
CHARLEY.....	Physiologie.	SCHWARTZ.....	Patholog. chirurgicale
GUENOT.....	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE ..	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.....	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL.....	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	} Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY- RADOT		ECALLE	
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR MOCQUOT

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
En hommage reconnaissant.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

STAGE :

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR CUNÉO
M. LE PROFESSEUR LAUBRY
M. LE PROFESSEUR CADENAT
M. LE PROFESSEUR MOURRE

EXTERNAT :

M. LE PROFESSEUR DUVOIR
M. LE DOCTEUR HOUDARD
M. LE DOCTEUR STEVENIN
M. LE DOCTEUR REDON
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNÉ
M. LE DOCTEUR GUILBERT

EXTERNAT FONDATION MARMOTTAN :

M. LE DOCTEUR THALLEIMER

Chef de Service

MM. LES DOCTEURS HEPP, RUDLER ET MONOD

Chirurgiens

MM. LES DOCTEURS LÉGER, POILEUX ET BEUZARD

Chirurgiens Adjoints

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE SAINT-DENIS

A M. LE PROFESSEUR MATHIEU

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR COURTOIS

Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

*Qui ont bien voulu nous communiquer
les observations qui nous ont servi
pour ce travail.
En remerciement.*

A MES CONFERENCIERS

MM. LES DOCTEURS :

BARRAYA, CHIGOT, MATHEY
MAHOUDEAU, JOSEPH, LAPLANE, TURAL

AU DOCTEUR JEAN BALAZUC

*En remerciement amical de l'aide qu'il
nous apporta au cours de ce travail.*

A MES COLLÈGUES
DE LA FONDATION MARMOTTAN

A TOUS MES AMIS

CHAPITRE PREMIER

I. — FRÉQUENCE

Tous les auteurs qui ont traité de la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement insistent d'abord sur sa rareté. Les chiffres donnés sont variables :

Tandis que Tarnier n'en signale qu'un cas dans toute sa pratique et qu'à la Clinique Baudelocque on n'en signala aucun cas de 1889 à 1897 d'après Rudaux, Tuley en cite un cas sur 30.000 accouchements, Morgan 4 sur 80.000, Kayser 3 sur 94.000 ; la rareté est moindre pour Braun von Fernwald (3 sur 30.000) et les statistiques de la Sloan Maternity donnent 3 sur 4.500 seulement. En totalisant les statistiques publiées, on trouve 1 cas pour 17.000 accouchements.

En réalité, il semble que les cas en sont bien moins rares, mais qu'ils ne sont pas tous diagnostiqués : c'est ce que Wishner et Mayer estiment d'après leur expérience personnelle. C'est ce que pensent également Brehm et Weirauk qui concluent de leurs études radiologiques que les séparations de moins d'un centimètre ne produisent pas de symptômes.

II. ~~causes~~ ÉTIOLOGIE.

Le mécanisme en est évident : *l'anneau pelvien, forcé par une présentation trop volumineuse pour lui, se rompt en son point faible.*

Le diastasis interpubien peut aller jusqu'à 7 centimètres.

Par analogie avec les hernies, nous pourrions distinguer les disjonctions *de force* et les disjonctions *de faiblesse*. Les premières reconnaissent des causes directes, les secondes des causes prédisposantes. Il est à peine utile de faire remarquer que les unes et les autres coexistent souvent et additionnent leurs effets.

I. Les *disjonctions « de force »* sont dues :

A. Soit à un *excès de volume de la présentation*, en règle *présentation céphalique* : tête grosse, ossifiée, mal formée. Tête défléchie ou se dégageant en oblique. Tête dernière (Plauchu).

Ce peuvent être également les *épaules*.

B. Soit à un *rétrécissement pelvien relatif* (rachitisme, etc.).

C. Soit, se combinant avec une des causes précédentes, la *violence des contractions* utérines, la *rapidité du travail* (Obs. II).

On s'explique ainsi le rôle net de la *multiparité*, tandis que le rôle de l'âge de la mère est nul.

D. A côté de ces causes *foétales* et *maternelles*, d'autres causes tiennent à l'*opérateur*.

C'est avant tout le *forceps*, dont l'emploi aggrave d'une façon certaine le rôle de la disproportion fœto-pelvienne.

Pour Kehrer, les ruptures se voient cinq fois plus souvent au cours de l'accouchement artificiel qu'au cours de l'accouchement naturel.

Le forceps est surtout nocif si l'application est *haute*, et si l'on communique à l'instrument des *mouvements pendulaires* qui lui font faire office de levier.

Enfin on a pu signaler des cas consécutifs à une *basiotripsie*.

2. *Les disjonctions « de faiblesse »* sont dues à un manque de solidité de la symphyse, qui explique certaines ruptures survenues en l'absence de toute disproportion fœto-pelvienne et de toute manœuvre de force, comme dans un cas de Basham où il s'agissait d'un fœtus mort et macéré de 7 mois. Au premier rang des causes d'insuffisance ligamentaire que l'on peut invoquer se trouve le *ramollissement*

gravidique de la symphyse qui perd en solidité ce qu'elle gagne en souplesse (Vanverts et Palliez).

Les résultats des recherches expérimentales de Delore et Poulet, d'ailleurs critiqué par Chassagny, tendaient à montrer que pour rompre une symphyse normale il faut, en dehors de la grossesse, une force de 200 kg., et chez la femme enceinte 170 kg.

III. — SYMPTOMES.

Il nous faut distinguer :

Les ruptures à symptomatologie immédiate ;

Les ruptures à symptomatologie tardive ;

Les ruptures révélées par une complication.

1. — *Ruptures à symptomatologie immédiate.*

S. F. La rupture est annoncée par un *craquement*.

La femme, si elle n'est pas endormie, accuse, au niveau de sa symphyse, une *douleur* violente.

La *traction du forceps*, de pénible, devient brusquement facile. Le fœtus, dans tous les cas, *descend rapidement*.

L'*impotence fonctionnelle* des membres inférieurs est absolue : la malade ne peut les élever au-dessus du plan du lit.

S. P. On constate une *rotation en dehors* des

membres inférieurs et un *gonflement* de la région pubienne.

Le palper et le toucher, en même temps qu'ils provoquent une vive douleur locale, confirment l'existence d'un écartement interpubien anormal, correspondant à l'épaisseur d'un ou de plusieurs doigts.

2. — *Ruptures à symptomatologie tardive.*

Elles sont caractérisées par l'apparition, dans les suites de couches, de douleurs et d'impotence fonctionnelle. Balard cite ainsi un cas d'accouchement au forceps d'un enfant de 5 kgr., dans lequel, pendant quarante-huit heures, ne se manifesta aucun symptôme, puis survint une douleur exquise au niveau de la symphyse, avec impotence des membres inférieurs.

3. — *Ruptures révélées par une complication.*

Notre Obs. I concerne une disjonction pubienne passée inaperçue lors de l'accouchement et décelée par une incontinence d'urines, due à la déchirure du col vésical.

Dans d'autres cas le diagnostic peut n'être fait qu'au moment de l'apparition de phénomènes inflammatoires au niveau de la symphyse. Ces phénomènes locaux peuvent même être tardifs : ils sont alors précédés d'une période de fièvre et de symptômes généraux d'infection dont le point de départ est méconnu (Couvellaire).

IV. — EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

Sous l'influence de la contention et du repos, les dégâts se réparent assez rapidement. En deux à quatre semaines la station debout, puis la marche, deviennent possibles, ce qui ne veut pas dire que l'une et l'autre ne déterminent pas, surtout au début, des douleurs et une fatigue rapide : ces troubles ne disparaissent qu'à la longue.

Six mois sont parfois nécessaires à la récupération de la fonction motrice. Dans quelques cas l'infirmité est indéfiniment persistante.

La réparation de la symphyse s'effectue par régénération des tissus, souvent avec formation d'un cal osseux (Dührssen, Ménaché). Le léger agrandissement du bassin pouvant persister peut influencer favorablement sur l'évolution d'un accouchement ultérieur. Ce sont là deux raisons qui font qu'une première rupture, pas plus qu'une symphysiotomie, ne prédisposent à une autre rupture.

L'évolution peut d'ailleurs être aggravée par des *complications* dont les unes sont primitives, les autres secondaires.

A. *Primitives*. — Ce sont les fissures du pubis (Bermann), l'atteinte associée d'une articulation sacro-iliaque ou plus rarement des deux (Ahlfeld).

Les lésions des parties molles : *vagin*, avec souvent ouverture du foyer, d'où le danger d'infection secondaire. Adams cite un cas où l'on pouvait, du

doigt introduit par la plaie vaginale, sentir les surfaces articulaires ; vessie et urètre avec troubles urinaires plus ou moins graves (Observation I).

B. *Secondaires*. — Ce sont les complications infectieuses que la pratique de l'asepsie rend plus rares et moins graves qu'autrefois où elles étaient la raison d'une mortalité importante.

Ce sont : l'*arthrite suppurée* de l'articulation atteinte, point de départ fréquent d'une infection générale ; la *phlébite* du plexus de Santorini, les *ostéomyélites*, *gangrènes* et *péritonites* (Rudaux).

V. — DIAGNOSTIC.

1. Le diagnostic s'impose presque à coup sûr lorsque, au cours d'un accouchement plus ou moins laborieux, d'une extraction au forceps, surviennent un craquement et une vive douleur locale suivis d'une brusque descente du fœtus : il est confirmé par le toucher et mesuré par la radiographie.

Rudaux énumère les erreurs possibles de diagnostic :

A. Un *craquement* peut être provoqué par une rupture utérine, une luxation sacro-coccygienne, une disjonction sacro-iliaque, une fracture fœtale.

B. L'*impotence fonctionnelle* peut être due à une paraplégie, une arthrite pubienne blennorragique, une métrite, une névralgie sciatique.

Tous ces diagnostics sont, croyons-nous, faciles à éliminer par un examen tant soit peu attentif.

2. Dans les formes *latentes*, à *symptomatologie tardive*, on pourrait songer, selon J. Courtois, à certaines formes de phlébites au début.

Il est plus difficile de faire la discrimination avec le simple *relâchement douloureux*, lequel peut être considérable.

Les signes fonctionnels et les signes physiques peuvent être les mêmes.

La rupture peut n'être que la dernière étape d'un relâchement physiologique (Rudaux).

La distinction peut d'ailleurs être purement verbale entre un relâchement douloureux et une disjonction symphysaire incomplète, car tous les degrés anatomo-cliniques peuvent exister (Bazan).

La radiographie elle-même est de peu de secours : si elle permet de reconnaître et de mesurer l'écartement interpubien, elle ne permet pas d'affirmer l'existence ni le degré de la dislocation articulaire. Telles sont les conclusions de Reis, Baer, Arens et Stewart, d'après une étude très consciencieuse de cinq cas personnels de ruptures spontanées, comparés radiologiquement avec les symphyses normales, dans les deux sexes et chez la femme enceinte.

Dans notre Obs. I, l'existence d'un petit copeau osseux, visible sur la radiographie, signe évidemment la rupture symphysaire.

De tels cas mis à part, nous nous contenterons de conclure qu'en l'absence d'un suffisant parallélisme entre les signes fonctionnels et physiques d'une part et les dégâts anatomiques d'autre part, la persistance exagérée des troubles douloureux fera pencher le diagnostic en faveur d'une rupture symphysaire : c'est la seule chose qui importe du point de vue thérapeutique.

VI. — THÉRAPEUTIQUE.

1. La *prophylaxie* de la disjonction symphysaire consiste, ainsi qu'il en résulte de son étiologie, à bannir les manœuvres de force, et à pallier à la dystocie osseuse soit par l'opération césarienne, soit par la symphysiotomie, suivant l'importance de la disproportion fœto-pelvienne, suivant le caractère plus ou moins imprévu ou tardif de la décision opératoire, suivant aussi les doctrines d'école.

2. Quant au *traitement*, les méthodes peuvent en être *chirurgicales*, *orthopédiques* ou *médicales*.

A. *Méthodes chirurgicales*. — Elles visent à obtenir la consolidation par une ostéosynthèse métallique ou par une greffe osseuse.

a) Le fil métallique (Allen) semble préférable à la plaque vissée. La malade de notre observation I subit d'abord une ostéosynthèse par plaque : cette ostéosynthèse ne tint pas et l'on dut recourir deux mois après, et avec succès cette fois, au serrage par

fils de bronze passés dans des trajets forés à travers les surfaces angulaires des pubis.

b) La greffe osseuse proposée par Albee en 1927 a donné à Delagenière — avec une indication et un but différents — de bons résultats (1). L'auteur, après avoir soigneusement ruginé la surface angulaire des pubis, met en place deux greffons tibiaux ostéaux-périostiques, suffisamment longs pour que leurs extrémités soient engagées sous l'insertion des grands droits, face osseuse contre face osseuse.

Cependant, Wittamer signale un échec ; échec aussi dans notre obs. I où le greffon osseux avait été employé conjointement avec la plaque métallique.

B. *Méthodes orthopédiques.* — De nombreux appareils ont été préconisés : à moindres frais, les bandages et ceintures donnent davantage satisfaction que les appareils plâtrés ou métalliques.

Nous décrirons ici le procédé de Wishner et Mayer qui a le mérite d'être simple tout en réalisant d'excellente manière la réduction et la contention.

La malade est couchée dans son lit, à plat-dos. Autour du bassin, on dispose, à la hauteur des articulations sacro-iliaques, une bande de toile large de 15 à 20 centimètres et d'une longueur telle que, ceignant la patiente d'arrière en avant, les chefs

(1) DELAGENIÈRE. Elargissement définitif du bassin après symphysiotomie. La Presse Médicale, n° 85, 25 oct. 1933, p. 1654. Id. in thèse J. KÉMÉNY, Paris 1937.

croisés sur le ventre dépassent de 20 à 25 centimètres. A son extrémité, chaque chef est maintenu tendu en largeur par une baguette de bois, au milieu de laquelle s'attache une corde. Celle-ci passe sur une poulie fixée à un bâti sur le côté du lit et supporte un poids.

Ces poids, de 2 kg. au début, seront progressivement augmentés jusqu'à 12 kg.

Trois semaines de ce traitement donnent un résultat satisfaisant dans les cas anciens même de six mois. Une semaine suffit pour les cas récents (Wishner et Mayer).

C. Méthodes médicales.

Tandis que les méthodes précédentes visaient à *réduire* et à *maintenir la réduction*, il ne s'agit ici que d'une thérapeutique fonctionnelle. Nous voulons parler de l'infiltration novocaïnique « *loco dolenti* ».

Il est logique d'appliquer la méthode de Leriche à l'entorse symphysaire comme à une entorse des membres.

Ayant eu d'excellents résultats dans les séquelles douloureuses si fréquemment observées après les symphysiotomies à la Zarate (1), J. Courtois obtint ainsi la guérison rapide d'une multipare âgée dont la rupture symphysaire, due à un accouchement trop

(1) COURTOIS et BALAZUC. Etude de 26 cas de symphysiotomies à la Zarate. Vigot éd. 1938. Id. in thèse BALAZUC, Paris 1938.

rapide, s'était révélée dans les suites de couches par des douleurs vives et une impotence fonctionnelle absolue (Observation II).

3. Les indications respectives de ces méthodes varieront selon l'époque du diagnostic, la gravité du dégât articulaire, l'existence ou non de complications.

A. La méthode orthopédique s'applique néanmoins à tous les cas : les autres procédés ne feront que la compléter éventuellement.

B. L'infiltration novocaïnique donnera certainement de bons résultats dans les cas où la douleur est le principal symptôme et abrègera de beaucoup la durée de l'impotence fonctionnelle.

C. Les procédés chirurgicaux sont inapplicables aux cas infectés. Ils ne s'adressent qu'aux cas *anciens* (un an et davantage pour Wishner et Mayer), aux troubles persistants de la marche que les méthodes précédentes n'auront pu améliorer.

4. En ce qui concerne les *complications*, rappelons que l'asepsie peut prévenir dans une certaine mesure l'infection articulaire. Les complications relèvent chacune de leur traitement propre : Réparation des lésions des parties molles par des sutures appropriées, incision large et drainage de l'articulation si celle-ci est infectée.

OBSERVATIONS

Obs. I (due à l'obligeance de M. le Professeur Mathieu) :

Mme F... M..., âgée de 29 ans, est adressée au service par M. le Professeur Marion.

A la suite d'un accouchement, le 24 septembre 1933, à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, la malade a présenté de l'incontinence d'urines et des douleurs dans les deux hanches à la marche. La malade est entrée dans le service de M. Marion qui l'a opérée. On aurait trouvé une déchirure du col vésical (P).

La malade quitte l'hôpital mais son incontinence persiste, sauf en position couchée.

Une radiographie du bassin est pratiquée qui montre une disjonction pubienne.

Actuellement (mars 1934), la malade perd encore ses urines, moins cependant en position couchée. Dans ce cas leur émission ne se fait guère qu'à l'occasion d'un effort (toux par exemple). Les douleurs dans les hanches s'atténuent après un repos au lit de trois jours.

Examen. — Rien à l'inspection. A la palpation, au niveau de la symphyse pubienne, solution de

continuité d'un travers de doigt environ. On note une mobilité des deux pubis lorsqu'on exerce sur le bassin une forte pression latérale.

Radiographie. — Disjonction pubienne de deux travers de doigts environ.

Jusqu'à la date de l'opération, on exerce plusieurs fois par jour de fortes pressions latérales au moyen de l'appareil de Farabeuf. On obtient ainsi une certaine mobilité transversale et une réduction satisfaisante au moment de la pression (contrôle radiologique).

Anesthésie : éther.

Opération le 22 mars 1934 (M. le Professeur Mathieu).

Incision sus-pubienne légèrement curviligne. On arrive facilement et sans hémorragie sur la symphyse pubienne dont la disjonction est considérable: 6 à 7 centimètres environ.

1° On libère complètement les deux surfaces symphysaires en haut, en bas et en arrière (il existe en arrière une masse fibreuse dure qu'on refoule petit à petit).

2° On fixe la plaque de synthèse du côté gauche au moyen d'une première vis.

On place ensuite l'appareil de serrage et l'on obtient un rapprochement assez satisfaisant puisque l'écart des surfaces n'est plus que d'un travers de doigt.

On fixe alors la plaque du côté droit (mais on a

bien l'impression que l'os est de consistance friable, cartilagineuse).

3° On taille à la partie inférieure de la symphyse une petite *tranchée* pour placer un *greffon ostéo-périostique*. Celui-ci est prélevé sur le tibia et placé dans la tranchée sous-pubienne.

4° Fermeture après hémostase. Pas de drainage. On a auparavant enlevé l'appareil qui fixe le bassin et on a la satisfaction un peu inattendue de constater que le rapprochement se maintient et que les vis tiennent.

Suites. — Malheureusement, la contention ne persiste pas dans les semaines qui suivent. La radiographie montre que du côté gauche les vis n'ont pas tenu. On décide alors de réintervenir.

Deuxième opération le 17 mai 1934.

Incision arciforme sus-pubienne.

Ablation de la plaque antérieurement posée.

Forage de deux trajets dans chacune des surfaces angulaires du pubis pour passage de deux fils de bronze qui, serrés, rapprochent au contact les deux surfaces articulaires de la symphyse.

Fermeture des plans superficiels.

Sortie le 23 juin 1934. La malade ne présente plus aucun trouble.

Observation II (due à l'obligeance de M. le Docteur Courtois, de Saint-Germain-en-Laye) :

Mme S..., 40 ans, IV^e pare, accouche avant terme, le 18 juin 1938, à la clinique. Après un travail long, apparaissent des signes de souffrance fœtale : perte de méconium. On pratique alors l'accouchement rapide sous anesthésie (Méthode Delalande) apparemment sans incident. Naissance d'un enfant en état de syncope bleue qu'on ranime sans difficulté.

Au réveil se manifestent des douleurs symphy-saires qui coïncident avec une impotence fonctionnelle absolue des membres inférieurs.

On infiltre la symphyse à la novocaïne : les douleurs cessent.

Le lever est retardé jusqu'au vingtième jour du fait de complications d'ordre urinaire (ptose rénale considérable du côté droit, coliques néphrétiques, pyurie à colibacilles), mais aucun trouble ne se manifeste dès lors au niveau de la symphyse. Revue ultérieurement, la malade pouvait marcher et courir sans éprouver la moindre gêne.

CONCLUSIONS

1. — Accident peu fréquent, la disjonction obstétricale de la symphyse pubienne n'est cependant pas d'une rareté telle qu'un praticien et *a fortiori* un accoucheur spécialisé n'ait d'assez grandes chances de l'observer au cours de sa carrière.

2. — Il existe des disjonctions « de force » et des disjonctions « de faiblesse », mais diverses causes s'associent souvent et l'emploi du forceps en est la principale.

3. — A côté de la symptomatologie schématisée : craquement, douleur, impotence fonctionnelle, il existe des cas qui ne sont révélés que par une complication.

4. — Le traitement est essentiellement orthopédique ; il ne sera chirurgical que dans certains cas bien délimités. Enfin une méthode médicale : l'infiltration novocaïnique, semble devoir donner des résultats intéressants.

Vu : *Le Doyen*,
TIPPENEAU.

Vu : *Le Président*,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE.

- J. M. Allen.* — Amer. Journ. of Obstetr. 1917, LXXV, 808.
- Anderodias.* — Disjonction de la symphyse pubienne au cours d'un accouchement normal. Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris 1923, p. 227.
- J. Balazuc.* — Les disjonctions obstétricales de la symphyse pubienne. A paraître dans les Nouvelles Thérapeutiques, Vigot fr., Ed.
- Bartley.* — Traumatic separation of symphysis pubis and right and left sacro-iliac joints complicated by internal injury (retroperitoneal hemorrhage). S. Clin. North America II, 663-636, juin 1931.
- J. Bazan et G. Goenaca.* — Disjuncion de la sinfisis pubiana durante un parto espontaneo. Boletin de la Soc. de Obst. y Gin. 8, 448-454, 21 nov. 1929. Semana Medica I, 88-90, 9 janv. 1930. Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, N° 8, oct. 1931, p. 684.
- R. M. Beach.* — Am. J. Obst. 1917, LXXV, 203.
- S. E. Bermann.* — Disjuncion de la sinfisis pubiana durante una applicacion de forceps en el estrecho superior. Semana Medica 2, 1133-1136, 17 oct. 1929.

S. Boorstein. — Am. J. Obst. Mars 1927.

W. Brehm, H. V. Weirauk. — Separation of symphysis pubis during labor. Am. J. Obst. 15, 187-191. Févr. 1928. Id. in Radiol. Review et Chicago Med. Review 50, 468-471. Déc. 1928.

Brettauer. — Am. J. Obst. 1910. LXII.

I. Brouha. — Recherches sur la mobilisation de la symphyse pubienne chez le cobaye impubère. C. R. Soc. Biol., N° 20, 1933, pp. 406-408.

Cordua. — Rupture de la symphyse au cours d'un accouchement spontané. Zentralblatt f. Gynäk. 8 Mai 1937. T. LXI, N° 19, pp. 1120-1121.

Cotte et Belloir. — Disjonction de la symphyse pubienne avec déchirure de la vessie au cours d'une application de forceps. Bull. Soc. Obst. et Gyn. 13, 1924, p. 467.

A. Couvelaire. — La Pratique Médico-Chirurgicale, T. VIII, 3^e Edition, pp. 229-230. Masson et Cie, Ed.

Delagenière. — Elargissement définitif du pubis après symphysiotomie. La Presse Méd. 85, 25 oct. 1933, p. 1654.

G. Dellepiane. — Medico-legal expert testimony in traumatic rupture, roentgenographic study. Clin. Obstetrics 34, 228-261, avr. 1932.

E. Duntzer. — Symphysenrupturen unter der Geburt. Arch. für Gynäk. 133, 159-168. 1928.

- T. B. Eastman.* — Rupture of symphysis pubis.
New York Med. Journ. 1906, LXXXIII.
- F. Eisenberger.* — Zur Spontanen Symphysenlösung
bei der Geburt. Zentralblatt f. Gynäk. 56.
2771-2776, 23 oct. 1926.
- U. Esch.* — Contribution clinique et statistique sur
la rupture symphysaire au cours de l'accouchement.
Zent. Gyn. 1^{er} oct. 1938, t. LXII, n° 40,
pp. 2214-2218.
- G. Goenaga.* — Disjonction de la symphyse pu-
bienne au cours d'un accouchement spontané.
La Semana Medica XXXVII, n° 2, 9 janvier
1930, p. 88.
- B. Hegedus.* — Spontaneous rupture of symphysis
during labor. Gyogyaszat 70, 719-720, 17 août
1930.
- J. Heyman.* — Rupture of symphysis pubis during
spontaneous parturition Acta Obst. et Gynec.
Scandinav. 6, 417-422, 1927.
- H. Hirsch.* — Rupture de la symphyse au cours de
la grossesse. Monatsch. f. Geburts. u. Gynäk.
Nov. 1936, t. CIII f. 6, pp. 314-321.
- F. M. Huxley.* — J. Obst, and Gyn. British Em.
1910. XVIII.
- Kayser.* — Arch. f. Gynäk. 1903, LXX.
- K. Kimmig.* — Sur la rupture de la symphyse au
cours de l'accouchement. Monats. Geb. u. Gy-
näk. Avr. 1938, t. CVII, f. 516, pp. 328-341.
- Koenig et Muret.* — Gynécologie et Obstétrique.
Juillet 1925.

- L. A. Kriwsky.* — Die Rupture der Symphyse waerhend der Geburt Monatsch. f. Geburts u. Gynäk, 1910, XXXL, 456.
- Mandrizzato.* — Del divaricamento della sinfise pubica in travaglio di parto. Ann. di Ostetr. 50, 1035-1045, août 1928.
- A. Menaché.* — Disjonction de la symphyse pubienne au cours d'une application de forceps. Guérison fonctionnelle en 4 mois. Bull. Soc. Obst. et Gyn. 17, 178. Févr. 1928.
- F. W. Lynch.* — Surg. Gyn. and Obst. 1920, XXV, 575.
- W. A. Morgan.* — Am. J. Obst. 1910, LXXIII.
- H. Nanjoks.* — Ruptur und Vereiterung der Symphyse bei Spontanen Geburt. Zentralblatt f. Gynäk, 51. 2537-2543, 1^{er} oct. 1927.
- B. Niederle.* — Case of spontaneous fracture of pubic bone Casoplek. Cesk. 66, 1433-1436, 9 sept. 1927.
- J. Olow.* — Case of ruptured symphysis during parturition. Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 6. 423-427, 1927.
- J. M. Pechnikoff.* — Spontaneous fracture of symphysis pubis during labor. 2 cases. Clin. Med. N° 15, 6, 1081-1083, 1928.

- R. A. Reis, J. L. Baer, R. A. Arens et E. Stewart.* — Traumatic separation of symphysis pubis during spontaneous labor with clinical and X-Ray study of normal symphysis pubis during pregnancy and puerperium. *Surg. Gyn. and Obstetrics*, 55, 336-354. Sept. 1932.
- Rudaux.* — Rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement. Thèse Paris 1897-98.
- S. A. Sanvitale.* — Estesa diastase dei pubi per applicazione alta di forcipe in posizione di Walcher. *Riforma Med.* 44, 1026-1028. 6 août 1928.
- H. Schiller.* — *Illinois Med. J.* Févr. 1919.
- G. K. F. Schultze.* — Rupture during spontaneous labor; presentation of case. *Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäk.* 101, 2, 251-254, 1932.
- J. Schockaert.* — Au sujet de la rupture de la symphyse au cours de l'accouchement. *Bruxelles Méd.* N° 25, 19 avr. 1936, pp. 960-970.
- J. Shordania.* — Spontaneous rupture of symphysis during delivery case. *Zentralbl. f. Gynäk.* 53, 1719-1720. 6 juill. 1929.
- B. Sorrentino.* — La diastase della sinfise publica in travaglio di parto spontaneo. *Arch. di Ostetr. e Ginecol.* 18, 646-643. Oct. 1931.
- P. Strassmann.* — *Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäk.* 1914-1915, LXXVI.
- Thelin.* — De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement. *Rev. Med. de la Suisse Romande.* Genève 1925. XLIII, 794-802.
- H. E. Tuley.* — *Am. J. Obst.* 1913, LXVIII.

- J. Vanverts et R. Palliez.* — Rupture de la symphyse pubienne. *Encycl. Méd. Chir. Obstétrique*, T. 2, Ch. V, 5082, 1^{re} éd. 1934.
- J. Walker.* — Case of separation of symphysis pubis and fracture of ascending ramus with normal delivery. *Am. J. Obstetr. and Gyn.* 13, 623-626. Mai 1927.
- K. Werwath.* — Traitement de la rupture symphy-saire. *Chir.* 15 avr. 1938, t. X, f. 16, pp. 595-596.
- Wishner et L. Mayer.* — Séparation de la symphyse pubienne. *Surg. Gyn. and Obstetr.* XLIV. Sept. 1929, p. 388.
- Wittamer.* — Fracture spontanée du pubis au cours d'un accouchement normal. *Bull. Soc. Obstetr. et Gyn. Paris*, N° Nov. 1931, p. 753.
- L. C. Wu.* — Separation of symphysis pubis during labor with report of 3 cases. *Nat. M. J. China* 16, 768-774. Déc. 1930.